



ANNEXES CONTRAT de SEJOUR (ou Document individuel de prise en Charge)

Référence :
DIP/EHPAD/séjour/05/V2-2025

Professionnels concernés : Médecin coordonnateur, cadre de santé, IDE référente, bureau des entrées.

SOMMAIRE :

- ☐ Annexe 1 – Trousseau, **fiche entretien du linge.**
- ☐ Annexe 2 – Fiche sur l'exercice des droits civiques des résidents en EHPAD
- ☐ Annexe 3 - Personne de confiance : Fiches de désignation, non désignation, récusation, certificat médical.
- ☐ Annexe 4 - **Fiche de recueil annuel des directives anticipées**
- ☐ Annexe 5 – **Fiche de recueil annuel du droit associé à l'espace privé**
- ☐ Annexe 6 – **Formulaire annuel d'autorisation du droit à l'image.**
- ☐ Annexe 7 – **Fiche de suivi du courrier et ligne téléphonique**
- ☐ Annexe 8 – Fiche d'état des lieux de la chambre du résident en EHPAD.
- ☐ Annexe 9 – Inventaire.
- ☐ Annexe 10 - Prévention des risques infectieux associés aux aliments apportés par les visiteurs aux résidents
- ☐ Annexe 11 - **Choix des intervenants extérieurs.**
- ☐ Annexe 12 - Télémédecine : document d'information et consentement éclairé
- ☐ Annexe 13 – **Location, achat de dispositifs médicaux.**
- ☐ Annexe 14 – **Fiche de recueil de consentement pour l'Infirmier en Pratique avancées**
- ☐ Annexe 15 - Mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir.
- ☐ Annexe 16 – **Mandat de prélèvement**
- ☐ Annexe 17 - **Acte de cautionnement solidaire**
- ☐ Annexe 18 - **Engagement à payer**
- ☐ Annexe 19 - **Liste des obligés alimentaires**
- ☐ Annexe 20 – Fiche de notification d'absence pour convenance personnelle
- ☐ Annexe 21 – **Fiche décès : choix du prestataire funéraire**
- ☐ Annexe 22- **Accusé de réception du contrat de séjour.**
- ☐ Annexe 23- Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS
- ☐ Annexe 24- Procédure de prévention du prosélytisme
- ☐ Annexe 25- Les chartes : charte de la bientraitance, charte des droits et des libertés et charte de confidentialité

Documents à remplir et à remettre le jour de l'admission

ANNEXE 1

TROUSSEAU (Pour les EHPAD M.Brès, Vallée du Lauquet, Chénier, Roquefeuil)

A titre d'information

	Trousseau Dames	Trousseau Messieurs	MB*	St H*	R*	C*
Sous-vêtements	- 10 culottes - 10 paires de bas ou mi-bas - 3 combinaisons - 3 tricot de corps	- 10 slips - 4 tricot de corps - 7 paires de chaussettes (coton)	✓	✓	✓	✓
Tenues de nuit	- 1 robe de chambre - 6 chemises de nuit	- 4 pyjamas - 1 robe de chambre	✓	✓	✓	✓
Tenues de jour	- 5 gilets (acrylique) - 8 robes d'été ou tablier - 8 robes d'hiver ou tablier (boutonnage devant sur toute la longueur) - 1 tenue pour sortie extérieure	- 8 pantalons (type survêtement ou taille élastique) - 8 gilets (acrylique) - 1 tenue pour sortie extérieure	✓	✓	✓	✓
Chaussures adaptées	- 1 paire de pantoufles d'hiver - 1 paire de pantoufles d'été - 1 paire de chaussures de ville		✓	✓	✓	✓
Nécessaire de toilette	●1 trousse de toilette comprenant : - 1 peigne - 1 brosse à cheveux - 1 timbale incassable - 1 brosse à dents - 1 tube de dentifrice - 1 flacon d'eau de Cologne - attaches cheveux - savon liquide - shampoing - si besoin une boîte à appareil dentaire	●1 trousse de toilette comprenant : - 1 peigne - 1 timbale incassable - 1 brosse à dents - 1 tube de dentifrice - 1 flacon d'eau de Cologne - 1 rasoir électrique - savon liquide - shampoing - si besoin une boîte à appareil dentaire.	✓	✓	✓	✓
Prothèses	● en cas de port de prothèse dentaire : - colle à dentier et pastilles nettoyantes. ●Les prothèses dentaires ou auditives, s'il y a lieu, doivent être gravées au nom du résident		✓	✓	✓	✓
Divers	- 1 petite corbeille à linge en plastique (fournie par l'établissement)					
Le linge de maison	- 5 serviettes de table - 10 gants de toilette - 8 serviettes de toilette				✓	

* **MB:** Madeleine Brès à Limoux, **St H:** Saint Hilaire, **R:** Roquefeuil, **C:** Chénier à Limoux

Le marquage des effets au nom du résident est obligatoire, y compris en cas de réassort.

ANNEXE 1

CADRE DE SANTE ou IDE
en poste



ENTRETIEN DU LINGE DES RESIDENTS

Pour les EHPAD Chénier, Madeleine Brès, Vallée du Lauquet,
Roquefeuil

Madame, Monsieur,

L'établissement assure gratuitement le lavage de votre linge personnel ou celui de votre proche.

Les textiles délicats (laine, Rhovyl, Damart, etc...) n'entrent pas dans le champ de cette prestation ; il en est de même des textiles nécessitant un nettoyage à sec.

Le linge confié devra être marqué au nom du résident avec des étiquettes et comportant le nom tissé.

Quel que soit votre choix, le linge personnel doit être fourni et renouvelé en quantité suffisante, en fonction des indications du cadre du service.

Le Directeur

Nom Prénom du résident :

EHPAD :

Je soussigné (e) déclare confier l'entretien du linge personnel au centre hospitalier de Limoux.

OUI *

NON*

Date : / /

Signature :

Nom et qualité du signataire :

.....

.....

* Rayer la mention inutile

Pour toute modification, après l'admission, merci de renseigner un nouveau formulaire.



Les bons réflexes qui participent à une meilleure gestion du linge de votre

Des nouveaux vêtements :

Nous vous invitons à les déposer à l'accueil de l'établissement, en veillant à bien préciser le nom du résident.

L'identification est possible tout au long du séjour et cela évitera et limitera le risque d'égarement.

La perte de vêtement :

Les proches le désirant peuvent prendre en charge l'entretien du linge personnel de leur parent.

Une identification du trousseau sera alors tout de même réalisée.

En effet, malgré toute l'attention apportée au tri du linge, un habit peut malencontreusement se retrouver dans le mauvais circuit (linge de lit, linge entretenu en interne...).

Ainsi, si vous constatez la disparition de linge de votre parent ou proche, n'hésitez pas à prévenir l'infirmière ou l'aide soignante du service, pour que des recherches soient entreprises rapidement.

L'optimisation de la garde robe du résident :

Pensez au tri annuel des vêtements non utilisés, et éventuellement à leur recyclage.

Votre proche réside en EHPAD (ou est hospitalisé), vous entretenez son linge



Quelques mesures universelles d'hygiène et conseils



Sources :



Octobre 2024

Référence : HH/ Env / Linge / Info/ V1/ 2025 04

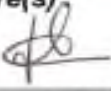


Votre proche réside en EHPAD (ou est hospitalisé), vous entretenez son linge

Quelques mesures universelles d'hygiène et conseils

Linge sale			Linge propre :		
Quoi	Comment	Quand	Pre requis : Manipuler le linge avec des mains propres		
Hygiène des mains	►Produit hydro-alcoolique, ►Lavage au savon et à l'eau par défaut	►après contact avec du linge sale et ►avant contact avec du linge propre	Quoi	Comment	Commentaires
Port des gants	Seulement si le linge est souillé de liquides biologiques : sang, urine, selles...		Séchage	S'assurer du séchage complet du linge et /ou accessoires Pas de stockage de linge propre dans une pièce humide, mal aérée	Sèche-linge si possible
Retrait des gants	Réaliser une hygiène des mains	Avant de toucher le hublot et les boutons de programmation	Transport, retour à l'établissement	Transporter le linge propre dans un sac propre réservé à cet effet	
Manipulation du linge sale	►Ne pas tenir le linge sale contre soi ►Ne pas secouer le linge afin de ne pas mettre les micro-organismes en suspension ►Ne pas le déposer ou le faire traîner au sol		Les recommandations pour la température et cycle de lavage :		
Lavage du linge sale	Mettre directement le linge sale en machine, Le laver à part du reste du linge de la maison	► Si besoin d'éliminer des selles avant le lavage porter des gants, utiliser du - Papier toilette ou - Papier absorbant pour retirer les selles ► Ne pas brosser ni laver le linge sous le robinet car risque de projection	Préalable : Utiliser la lessive habituelle pour l'entretien du linge de votre proche		
Linge contaminé	Demander un entretien temporaire du linge par l'établissement	Si linge très souillé ou contaminé	Linge peu sale	►linge fragile : T°>ou égal 40°C ►coton, linge de corps, de toilette T°=60°C	
Transport du linge sale	►Transporter linge sale dans un sac fermé ►Conditionner le linge très souillé ou contaminé un double emballage	N'utiliser le sac de transport du linge sale qu'une seule fois (le changer pour chaque transport)	Linge souillé (selles, vomissement...) contaminé par agent infectieux	►T°>ou égal 40°C : programme long ►Si T°<40°C effectuer → 1 prélavage ou → 2 cycles de lavage consécutifs ►T°=80°C pour coton, linge de corps, de toilette	

ANNEXE 2

Etablissement 	Favoriser l'exercice des droits civiques des personnes hospitalisées et des résidents en EHPAD	Référence : DIP/INF/Dt Civ/V1-2025 /V1
Rédigé par : Bruno MICHEL		
Actualisé par : Luc Antoine MAIRE Ginette ALINS		
Validé par : Le CVS, le 15.12.2025 La CDU, le 25.11.2025 Le Directeur, Jean BRIZON, le 5/12/2025		Signature(s) : 
Références : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM 2011/2012. Référentiel pour l'évaluation du secteur médico-social de l'ARS Aquitaine. Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (article VII).		
Cadre juridique : Constitution de la République française : article 3. Code électoral : articles L 5 et L11. Code pénal article 131-26 sur les droits civiques. Loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.		
Public concerné : - Directeurs adjoints et cadres de garde, cadres de santé, personnels de soins, - Personnes accueillies au CHLQ (hospitalisés et résidents des EHPAD). Cette procédure concerne également l'EHPAD d'Espéraza.		
Le droit de vote est un droit fondamental Parmi les droits fondamentaux du citoyen, il en existe un particulièrement important, celui du droit d'élire ses représentants. Ce droit appartient à tout citoyen français (et européen sous certaines conditions cf. ci-dessous), sauf lorsqu'il lui a été retiré et ce retrait ne peut intervenir que par une décision de justice (non par une décision administrative). Nul ne peut donc en être privé autrement que par la décision d'un juge. Le droit de vote concerne les élections locales (mairie, conseil général et conseil régional), nationales (députés, président de la République, référendum) et européennes. <u>Le droit de vote des étrangers</u> : à noter que les ressortissants des 28 pays de l'Union Européenne peuvent voter aux élections municipales et européennes.		
Privation du droit de vote La privation du droit de vote ne peut intervenir que dans 2 cas précis : la mise sous tutelle et la perte des droits civiques sur condamnation pénale. <u>La mise sous tutelle</u> : Une personne majeure placée sous tutelle conserve par principe ses droits civiques sauf si le juge qui prescrit la tutelle en décide autrement après avis d'un médecin désigné par le procureur de la République. Lors du renouvellement de la mesure de tutelle, le juge doit statuer sur le maintien ou la suppression du droit de vote de la personne protégée. Cela signifie qu'une interdiction du droit de vote n'est pas définitive. En curatelle, en revanche, la personne majeure conserve toujours ses droits civiques.		

La condamnation pénale : une personne majeure, condamnée pénalement pour un crime ou un délit, peut être interdit de vote par décision de justice. Il s'agit d'une peine complémentaire qui n'est pas automatique et elle ne peut excéder 5 ans pour un délit et 10 ans pour un crime.

Conditions d'exercice du droit de vote

Pour voter, la condition absolue est d'être inscrit sur la liste électorale d'une commune.

Si la personne a conservé depuis plus de 5 ans un bien dans une commune autre que celle de l'établissement, elle conserve la possibilité d'y voter. Dans le cas contraire, elle a la possibilité de s'inscrire sur les listes électorales de la commune où est implanté l'établissement à condition d'y résider depuis au moins 6 mois.

Modalités de vote

La personne accueillie peut exercer son droit de vote de 2 manières : soit directement, soit par procuration donnée à une personne de son choix parmi son entourage.

Le vote en présentiel : Au bureau de vote, ce qui suppose de s'y déplacer personnellement. Si le résident ne peut s'y rendre seul ou accompagné de sa famille ou d'un de ses proches, il importe d'organiser le déplacement, en regroupant autant que possible les résidents concernés.

Le vote par procuration : Il permet à la personne accueillie de désigner une personne qui ira voter en son nom dans le bureau de vote, à condition que cette personne désignée vote dans la même commune. La procédure est gratuite. S'il souhaite donner procuration, le résident doit désigner une personne de son entourage (personne de confiance, famille, etc...), et indiquer qu'il ne peut être présent le jour du vote ou que des raisons de santé l'empêchent de se rendre au bureau de vote.

La procuration s'effectue à la Gendarmerie. Toutefois, pour des raisons de santé, les gendarmes peuvent se rendre dans l'établissement pour établir la procuration sur le formulaire prévu à cet effet. La personne qui donne procuration doit être présente personnellement et être munie d'une pièce d'identité. Pour des raisons pratiques visant à faciliter le travail des gendarmes, un regroupement de ces opérations doit être organisé.

La procuration peut être faite toute l'année et donc pas nécessairement à l'approche d'un scrutin. Il faut la faire néanmoins suffisamment tôt pour participer à un scrutin déterminé.

Actions à mener au sein de chaque structure d'hébergement

- Clarifier avec chaque résident ou son représentant légal sa situation relative à son inscription sur une liste électorale, la validité de cette inscription ;
- Informer sur les modalités de vote par procuration telle que rappelées ci-dessus ;
- Organiser la venue des gendarmes pour établir les procurations en regroupant leurs déplacements ;
- Informer sur les élections prochaines ;
- Organiser les transports dans le bureau de vote.

Une traçabilité individuelle de ces actions doit être assurée et la plus stricte neutralité doit être observée par les agents : toute expression d'une opinion politique ou d'une préférence partisane est proscrite.

Faciliter l'opération de vote des personnes en situation de handicap

-Principe : Toute personne handicapée a le droit de se faire assister physiquement, au bureau de vote, par un électeur de son choix, facilitant ainsi l'acte de voter qui doit rester personnel.

-Choix de l'accompagnateur : L'accompagnateur peut-être un autre électeur.

L'accompagnateur peut rentrer dans l'isoloir pour aider la personne handicapée, et si nécessaire introduire l'enveloppe dans l'urne en son nom.

-Signature sur la liste d'émargement : Si la personne est incapable de signer la liste d'émargement, l'accompagnateur peut signer pour elle.

La signature doit alors être accompagnée de la mention manuscrite : « l'électeur ne peut signer lui-même » ceci a des fins de transparence et de respect des procédures électorales.

-Coordination avec les acteurs externes et internes pour faciliter l'exercice des droits :
L'EHPAD collabore étroitement avec les autorités locales pour s'assurer que les bureaux de vote sont accessibles et que les dispositions spécifiques sont mises en place pour les jours de vote.

Les jours de scrutin, le personnel de l'EHPAD peut :

- Fournir une assistance pour établir des procurations si nécessaire (en amont du vote)
- Accompagner les résidents au bureau de vote
- Servir d'accompagnateur pour les résidents qui ont besoin d'aide physique pour voter.



FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Référence :

OPC/ACC/Adm/05/V3-2020

Page : 1/1

En application de l'article L.1111-6 du code de la santé publique et de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance, qui pourra l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et qui pourra être consultée dans l'hypothèse où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. **Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le Juge des Tutelles peut, dans cette hypothèse, confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit la révoquer.**

Je soussigné(e) (nom, prénoms) :

Née (nom de naissance) :

Né(e) le : / / à : Sexe : ☐ F ☐ M

Hospitalisé(e) dans le service : depuis le / /

Hébergé(e) à l'EH PAD : depuis le / /

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour / mon hébergement.

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom et prénom :

Adresse :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Lien avec le patient/résident :

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour la durée de mon hospitalisation/mon hébergement. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à , Le / /

Signature du patient/résident :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à , Le / /

Signature de la personne de confiance :

Fait en trois exemplaires dont un est remis au patient/résident, un conservé par l'établissement, un par la personne de confiance.

 	FICHE DE NON DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE	Référence : OPC/ACC/Adm/06/V3-2020 Page : 1/1
---	---	---

En application de l'article L.1111-6 du code de la santé publique et de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance, qui pourra l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et qui pourra être consultée dans l'hypothèse où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. **Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le Juge des Tutelles peut, dans cette hypothèse, confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit la révoquer.**

Je soussigné(e) (nom, prénoms) :

Née (nom de naissance) :

Né(e) le : / / à : Sexe : ☐ F ☐ M

Hospitalisé(e) dans le service : depuis le / /

Hébergé(e) à l'EHPAD : depuis le / /

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour.

J'ai été informé(e) que ce choix vaut pour la durée de mon hospitalisation/mon hébergement.

Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à cette désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

Fait à, Le / /

Signature du patient/résident :



FICHE DE RECUSATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Référence :

OPC/ACC/Adm/07/V3/2020

Page : 1/1

En application de l'article L.1111-6 du code de la santé publique et de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance, qui pourra l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et qui pourra être consultée dans l'hypothèse où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. **Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le Juge des Tutelles peut, dans cette hypothèse, confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit la révoquer.**

Je soussigné(e) (nom, prénoms) :

Née (nom de naissance) :

Né(e) le : / / à : Sexe : ☐ F ☐ M

Hospitalisé(e) dans le service : depuis le / /

Hébergé(e) à l'EHPAD : depuis le / /

Je souhaite récuser la personne de confiance :

Nom et prénom :

Adresse :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Lien avec le patient/résident :

Fait à , Le / /

Signature du patient/résident :

Je certifie avoir été informé(e) de ma récusation en qualité de personne de confiance.

Fait à , Le / /

Signature de la personne récusée :

Fait en trois exemplaires dont un est remis au patient/résident, un à la personne de confiance et un conservé par l'établissement.



CERTIFICAT MEDICAL
Lié à la désignation de la personne de confiance

Référence :
OPC/ACC/Adm/08/V5-
2025

Page : 1/1

Je soussigné, Docteur....., certifie que l'état de santé de

(Nom et prénoms)

Né(e) le / /

Domicilié(e) :
.....

Hospitalisé(e) dans le service depuis le / /
Hébergé(e) à l'EHPAD depuis le / /

ne lui permet pas d'être en mesure de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées à ce jour.

Fait le / / à

Signature :

ANNEXE 4 (page 1/4)



LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure à la possibilité de déclarer par écrit ses souhaits pour sa fin de vie, pour le cas où elle ne serait pas en mesure de les exprimer à ce moment (en raison de sa maladie).

Ce document doit être écrit de la main du résident, daté et signé, comporter les nom et prénoms, date et lieu de naissance.

Si le résident ne peut écrire lui-même, il peut faire appel à 2 témoins, dont sa personne de confiance, pour attester de la réalité de la déclaration. Ces témoins doivent mentionner leur identité.

Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

Il est toutefois, suggéré de les renouveler tous les 3 ans, et elles sont révocables à tout moment, par écrit et dans les mêmes conditions.

Elles peuvent être confiées au médecin traitant, qui les classera au dossier personnel du résident, ce qui est la solution la plus pratique. Il les utilisera le moment venu en fonction de la situation du résident.

Elles peuvent également être confiées à la personne de confiance ou toute autre personne, ou encore conservées par le résident.

☐ Nom :

☐ Prénoms :

☐ Date de naissance :

☐ Lieu de naissance :

☐ Déclare avoir déjà rédigé des directives anticipées.

☐ Déclare vouloir rédiger des directives anticipées.

☐ Déclare ne pas vouloir rédiger des directives anticipées.

☐ Déclare avoir été informé(e) et souhaite un délai de réflexion.

☐ Absence de directives anticipées rédigées (cf certificat médical).

Si des directives anticipées ont été rédigées, elles ont été :

☐ Conservées par le résident et dans ce cas indiquer le lieu de conservation.

ou remises :

☐ au Médecin traitant et dans ce cas nom du médecin traitant :
(qui les classera au dossier personnel du résident)

☐ à la personne de confiance

☐ à une autre personne : Nom
Prénoms
Adresse.....Télép
hone.....
Mail.....

Date des directives anticipées :

Fait à
le.....

Signature du résident :

ANNEXE 4 (page 2/4)

MES DIRECTIVES ANTICIPEES - MODELE A

Cadre juridique : Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L.1111-11 du code de la santé publique.

- Je suis atteint d'une maladie grave.
- Je pense être proche de la fin de ma vie.

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

○ J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :

.....

- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :

.....

- Une intervention chirurgicale :

- Autre :

○ Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :

- Dialyse rénale :

- Alimentation et hydratation artificielles :

- Autre :

○ Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....
.....

3° A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait, le / / à Signature

ANNEXE 4 (page 3/4)

MES DIRECTIVES ANTICIPEES - MODELE B

Cadre juridique : Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L.1111-11 du code de la santé publique.

- Je pense être en bonne santé
- Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardiorespiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc...).

.....
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait, le / / à Signature

ANNEXE 4 (page 4/4)

MES DIRECTIVES ANTICIPEES - CAS PARTICULIER

Cadre juridique : Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L.1111-11 du code de la santé publique.

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1.

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

.....

Fait à :

Le / /

Signature



Témoin 2.

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

.....

Fait à :

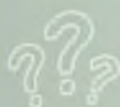
Le / /

Signature



LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

ET SI C'ÉTAIT MOI, J'ÉCRIRAIS QUOI ?



C'est une déclaration écrite qui indique vos volontés, si un jour vous étiez en situation où vous ne pouvez plus vous exprimer, elles permettront aux médecins de connaître vos souhaits en matière de traitements médicaux.

Leur rédaction n'est pas obligatoire, c'est un acte libre.

Comment ça marche ?



Ecrivez les quand vous souhaitez, que vous soyez malade ou non. Elles peuvent être modifiées ou annulées et n'ont pas de limite de temps.

Vous pouvez les rédiger sur papier libre daté et signé ou sur le modèle de la HAS.

Indiquer clairement vos souhaits sur la poursuite, l'arrêt ou le refus des traitements médicaux.

Avec qui en parler ?

- Professionnels de santé ;
- Médecin traitant ;
- Personne de confiance ;
- Proche ou famille ;
- Association de patients ou d'accompagnement ;
- Toute autre personne de votre choix.



Où les conserver ?

Mon espace santé ;
Votre dossier médical ;
Personne de confiance ou famille proche ;
Avec vos papiers d'identité.



Indiquer leur existence et leur lieu de conservation.

**DROIT ASSOCIE A VOTRE ESPACE PRIVE**

Je soussigné : (Nom et prénom)

☐ Souhaite

☐ Ne souhaite pas

L'inscription de mon nom sur la porte de la chambre.

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

L'accès à ma chambre en dehors de ma présence (réalisation bionettoyage, gestion du linge personnel ,
maintenance, travaux.....)

A..... , le

Le résident



AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE

Pourquoi vous solliciter sur le droit à l'image ?

Le droit à l'image relève des droits de la personne cependant à l'EHPAD, l'exercice de ce droit permet d'insérer votre photo dans votre dossier de soins et les supports internes, de prendre des photos sur lesquelles vous apparaissez et de les utiliser sur « Coup de pouce » qui maintient le lien familial numérique, d'exposer des photos de moments festifs et de convivialité ou prises lors d'animations.

Rédigé par : Cellule Qualité

Validé par :

Le directeur, Jean BRIZON, le **9/01/2026**

Signature(s) :



Cadre juridique :

Code pénal : articles 226-1 à 226-8 « Tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi que d'un droit à l'image ».

Code de la santé publique : articles L.1110-4 et R1112-47 « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée ». « Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur ».

Selon la Charte du patient hospitalisé, paragraphe IX : « L'accès des journalistes et photographes auprès des personnes hospitalisées ne peut avoir lieu qu'avec l'accord exprès des personnes concernées, dans la limite du respect des autres patients et sous réserve de l'autorisation écrite donnée par le directeur de l'établissement ».

En vertu de ces dispositions, la publication ou la reproduction d'une photographie sur laquelle une personne est clairement reconnaissable n'est possible qu'avec son consentement préalable.

Je soussigné(e).....

Né(e) le..... à.....

☐ Patient(e) hospitalisé(e) dans le service de

☐ Résident(e) hébergé(e) dans le service de.....

☐ Représentant légal de (Nom de naissance/prénom) :

Né(e) le, hospitalisé(e), hébergé(e) dans le service de

☐ Autorise le Centre Hospitalier de Limoux-Quillan à fixer et à reproduire mon image (ou celle de, dont je suis le représentant légal).

J'autorise :

* La diffusion d'images me représentant dans ☐ Le dossier patient informatisé ☐ OUI ☐ NON
☐ Le trombinoscope ☐ OUI ☐ NON

*La diffusion d'images me représentant sur les supports de communication interne (plateforme « coup de pouce ») ☐ OUI ☐ NON

*La diffusion d'images de parties de mon corps à des fins strictement médicales (télémédecine, évolution plaies...) ☐ OUI ☐ NON

*La diffusion d'images me représentant sur ☐ Internet ☐ OUI ☐ NON
☐ Les réseaux sociaux ☐ OUI ☐ NON
☐ La presse locale ☐ OUI ☐ NON

lors de manifestations culturelles, cérémonies...

*La diffusion d'images représentant mon environnement sur les supports de communication interne (SSIAD) ☐ OUI ☐ NON

La présente autorisation est consentie à titre gracieux, elle s'applique « pour le monde entier » et pour une durée de 1an.

Je reconnais que les utilisations prévues ne peuvent porter atteinte à ma vie privée (à celle de la personne dont je suis le représentant légal), et plus généralement, ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer un préjudice (ou à la personne dont je suis le représentant légal).

Ces dispositions sont portées à ma connaissance, dans le cadre de l'application de la législation relative au respect du droit à l'image et au respect de la vie privée.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à, le

Signature de l'intéressé(e)



ANNEXE 7



COMMUNICATION

Ligne téléphonique :

L'établissement facture le coût de la prestation téléphonique selon conditions et tarifs en vigueur dans l'EHPAD tous les mois.

- ☐ Je souhaite disposer d'une ligne téléphonique ;
- ☐ Je ne souhaite pas disposer d'une ligne téléphonique ;

Courrier administratif (à l'initiative de l'établissement) :

Je souhaite que le courrier administratif :

- ☐ Me soit remis en mains propres ;
- ☐ Soit remis à (préciser le nom, prénom, adresse complète), **qui le récupère à l'accueil de l'EHPAD.**

.....

.....

En cas de besoin, le changement d'adresse doit être effectué dans les plus brefs délais.

Fait à, le / /

(Faire précéder de la mention Lu et approuvé)

Le/la résident(e) M/Mme Signature
--

Le représentant légal (tuteur) M/Mme..... Signature
--

ANNEXE 8



ETAT DES LIEUX de la chambre du résident en EHPAD

Nom et prénom du résident :

EHPAD :

Chambre n° :

Cochez l'état correspondant.						
A l'entrée			A la sortie			
Etat neuf ou excellent	Etat moyen	Mauvais état (dysfonctionnement...)	Etat neuf ou excellent	Etat moyen	Mauvais état (dysfonctionnement...)	
Chambre						
Revêtements muraux						
Sol						
Portes, fenêtres, vitrages						
Système appel malade						
Radiateur						
Placard						
Luminaires						
Télévision						
Téléphone						
Clés, serrures(précisez)						
Prises, interrupteurs						
Rideaux						
Mobilier						
Lit médicalisé						
Chaise						
Table						
Armoire						
Fauteuil						
Meuble de chevet						
Salle de bain						
Sol						
Lavabo						
Douche						
WC, mécanisme chasse d'eau						
Robinetterie						
Miroir						

Observations :

Fait à, le ... / ... /,
en 2 exemplaires.Le résident ou son représentant légal
Mention : « lu et approuvé »* Nom, fonction et signature
de l'agent de l'EHPAD

.....

Observations :

Fait à, le ... / ... /,
en 2 exemplaires.Le résident ou son représentant légal
Mention : « lu et approuvé »* Nom, fonction et
signature de l'agent
de l'EHPAD

.....

Vous pouvez être amené à changer de chambre à votre demande personnelle ou pour des raisons de prise en charge (rails de transfert, raisons médicales, évolutions de votre état de santé) si vous donnez votre accord.

Dans ce cas un nouvel état des lieux sera réalisé dans votre nouvelle chambre.



INVENTAIRE DES EFFETS PERSONNELS

☐ A l'admission ☐ Pour transfert ☐ Après décès

 Référence :
 OPC/ACC/U.S./01/V4-2021
 Page : 1/2

Vous pouvez confier vos biens et objets de valeur à un proche ou à la régie de l'établissement qui les transférera à la Trésorerie de Carcassonne. **L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objets ou de biens conservés auprès de vous. Vous avez la possibilité de louer un coffre au tarif en vigueur** (affiché au bureau des admissions).

Récupération des valeurs à la régie :

Vous devrez présenter votre carte d'identité. Si vous désignez un tiers, celui-ci devra présenter une procuration rédigée de votre main, votre pièce d'identité ainsi que la sienne.

En cas de décès, les héritiers peuvent retirer les valeurs sur présentation d'un certificat d'hérédité délivré par la mairie du domicile du défunt et de leur pièce d'identité.

Date : ... / ... / à ... h

Objets, biens du patient		Conservé par le patient/résident	Remis à la garde de l'établissement	Décharge inventaire	
		Chiffrer dans la case correspondante		Rendu le	
Matériel d'aide à la marche					
Matériel prothétique :					Gravé
					Oui Non
Autre prothèse :	Lunettes				
	Prothèse(s) dentaire(s)				
	Prothèse(s) auditive(s)				
Bijoux :	Alliance				
	Bague(s)				
	Boucles d'oreilles				
	Bracelet(s)				
	Broche(s)				
	Chaîne(s)				
	Médaille(s), Pendentif(s)				
	Collier(s)				
	Montre				
	Autre(s)				Identifié
					oui Non
Ordinateur					
Téléphone portable					
Valeurs :	Chéquier(s) N° à				
	Carte(s) bancaire(s)				
	Clefs				
Espèces : Noter le montant en toutes lettres					
Papiers :	Carte d'identité				
	Passeport				
	Permis de conduire				
	Carte de séjour				
	Carte vitale				
	Carte mutuelle				
Autre(s) :					
Nom prénom Signature du patient/résident		Nom prénom Signature du tuteur	Nom prénom Signature du 1 ^{er} agent	Nom prénom Signature du 2 ^{ème} agent	

Actualisation en cours de séjour :

Le résident s'engage à informer la direction de l'établissement de toutes donations ou prêts à usage portant sur l'un des biens inventoriés.

Date	Objets, biens du patient/résident remis à la garde de l'établissement	Signature du patient/ résident ou représentant légal	Signature de l'agent qui remet au régisseur

En cas de décès :

Date	Objets, biens du patient/résident remis à l'opérateur funéraire	Opérateur, Nom, et signature	Information complémentaire

DECHARGE INVENTAIRE		
Signature du patient/résident ou du tuteur	Signature du régisseur	Signature du trésorier

Conserver une copie
dans le dossier du patient/résident.

ANNEXE 10



PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX ASSOCIÉ AUX ALIMENTS APPORTÉS PAR LES VISITEURS AUX RÉSIDENTS

A côté des repas fournis par les établissements, d'autres aliments sont susceptibles d'être consommés par les résidents. En effet, les visiteurs et les familles apportent régulièrement des aliments (aliments préparés par les proches, produits finis achetés dans le commerce (confiseries, produits pâtisseries...)). Cette pratique participe à préserver le lien social et/ou familial, la mémoire gustative et la prévention de la dénutrition des résidents. C'est une plus-value dans la prise en charge qualitative des résidents. **Si interdire cette pratique n'est pas souhaitable, en revanche, l'encadrer de mesures préventives est essentiel pour garantir la sécurité alimentaire.**

Ce guide a pour objectif de colliger l'ensemble des mesures à respecter pour optimiser la maîtrise du risque infectieux associé à cette pratique et assurer ainsi la sécurité de votre proche

Consignes

- 1- **Vérifier** au préalable auprès de l'équipe soignante que votre proche n'a pas de régime alimentaire particulier, tel que : régime alimentaire spécifique (sans sucre, sans sel, sans fibres...), consistance particulière des aliments (hachée, mixée, autre), alimentation liquide contre-indiquée, allergie à certains aliments.

Cette première étape est incontournable pour connaître les aliments et la texture des aliments que vous pouvez apporter à votre proche.

Si cette première étape n'a pas vocation à maîtriser le risque infectieux, elle garantit la maîtrise d'autres risques tels que la prévention de la fausse route, de l'allergie...

2- Vigilance

- Vigilance dans le choix des aliments

A privilégier	A utiliser avec prudence	Aliments à risque : à éviter
Aliments bien cuits (liste non exhaustive)	Produits à utiliser avec prudence et / ou à conserver au frais (liste non exhaustive)	Aliments à risque (liste non exhaustive) : consommés crus et / ou nécessitant une fraîcheur absolue, et / ou ne pouvant tolérer une rupture de la chaîne du froid*
▶ Gâteaux secs (sablés, tuiles...) ▶ Gâteaux au yaourt ▶ Génoises ▶ Cakes sucrés ▶ Tartes au fruits ▶ Confitures ▶ Biscuits secs salés	▶ Gâteaux au chocolat ▶ Crêpes ▶ Quiches ▶ Pizzas ▶ Cakes salés ▶ Poulet froid ▶ Desserts lactés ▶ Fromages	▶ Fruits de mer ▶ Charcuteries ▶ Préparation maison type crème et sauce (chantilly, pâtissière, mousse au chocolat, mayonnaise...) ▶ Produits laitiers à base de lait cru

* le risque lié à ces aliments est une intoxication alimentaire si les conditions de conservation et / ou de consommation ne sont pas respectées.

- Vigilance lors de l'achat des denrées alimentaires

- Vérifier les dates limites de consommation (DLC).
- Privilégier les dates lointaines si les denrées sont périssables.
- Respecter la chaîne du froid lors du transport et de la conservation

- Vigilance lors de la préparation

- Vérifier la propreté du plan de travail et des ustensiles utilisés : table, plats...
- Se laver les mains à l'eau et au savon avant de commencer la manipulation des denrées alimentaires.
- Vérifier la fraîcheur des produits utilisés.
- Vérifier les dates limites de consommation (DLC).
- Laver préalablement les aliments qui le nécessitent (fruits et légumes), même s'ils sont utilisés cuits.
- Préparer les aliments le jour-même ou la veille au soir de la consommation.

Ne pas cuisiner si vous présentez des symptômes évocateurs d'une maladie infectieuse (ex. fièvre, toux, diarrhée, rhume...)

- Vigilance lors du conditionnement

- Se laver les mains à l'eau et au savon avant toute manipulation.
- Emballer l'aliment le plus rapidement possible après la préparation.
- Utiliser des emballages hermétiques (boîtes plastiques, plats en verre avec couvercles...).
- Préciser la date de préparation et le nom du résident sur l'emballage.

- Vigilance lors de la conservation

- Respecter la chaîne du froid pour les aliments le nécessitant.
- Conserver le plat cuisiné au réfrigérateur si nécessaire, en attendant de l'apporter au résident.
- Utiliser des boîtes isothermes ou glacières durant le trajet.

- **Information** : A votre arrivée dans l'établissement,
- Informer l'équipe soignante que vous apportez des aliments à votre proche
- Respecter la chaîne du froid pour les aliments le nécessitant :
- Les aliments doivent être consommés dans les 24h. Dans le cas contraire, ils doivent être jetés.
- Si le réfrigérateur est commun pour les résidents, remettre l'aliment à l'équipe soignante avant d'entrer dans la chambre, de manière à ce qu'elle le dépose dans le réfrigérateur commun. Au moment de le consommer, demander à l'équipe soignante de vous l'apporter.
- Pour un suivi optimal de l'alimentation, n'oubliez pas d'informer l'équipe soignante de la quantité d'aliments consommée par votre proche.

Il est interdit de proposer des plats, des aliments ou des boissons à un autre résident que votre proche sans avoir obtenu l'accord préalable de l'équipe soignante. En effet, l'état de santé ou les habitudes alimentaires d'un résident pourraient contre-indiquer la consommation de certains aliments (allergie, régime alimentaire particulier, risque de fausse route...).



CHOIX INTERVENANTS EXTERIEURS

Pour respecter le principe du libre choix des intervenants extérieurs, le résident indiquera ci-dessous le professionnel qu'il a retenu :

INTERVENANTS	NOM
Médecin traitant	
Pédicure	
Ambulancier	
Coiffeur	
Dentiste	
Prothésiste dentaire	
Opticien	

Le résident ou son représentant légal :

Date : ... / ... /

Nom :

Prénom :



LA TELEMEDECINE

Document d'information
et consentement éclairé

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre prise en charge médicale à l'EHPAD, vous et l'équipe soignante pouvez bénéficier de l'expertise de médecin(s) spécialiste(s) exerçant en télémedecine.

Définition :

La télémedecine est complémentaire à votre prise en charge habituelle. Elle ne la remplace pas.

Pour vous, concrètement, votre médecin traitant pourra solliciter, dans certains cas bien précis et avec votre accord, des demandes d'avis médicaux auprès de médecins spécialistes. Ces avis médicaux donnés à distance sont appelés : téléconsultation ou téléexpertise.

La téléconsultation est un acte de télémedecine qui permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et assister le professionnel médical au cours de cette consultation (R.6316-1 du CSP).

Pour ce rendez-vous, vous pourrez être accompagné(e) par le médecin coordonnateur de l'EHPAD, éventuellement votre médecin traitant s'il est disponible ce jour-là, et, par une ou plusieurs personnes de l'équipe soignante.

La téléexpertise est un acte de télémedecine qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient (R.6316-1 du CSP).

Organisation :

Si vous intégrez ce projet télémedecine, votre prise en charge pourra alors se faire à distance et ainsi limiter le nombre de déplacements. Ce projet via l'outil de télémedecine vise à améliorer votre prise en charge.

Sauf opposition de votre part, les médecins impliqués dans votre prise en charge auront accès, de manière rapide, facile et dans le respect du secret professionnel à toutes les informations médicales nécessaires à votre prise en charge (vos antécédents médicaux, vos résultats d'examens...) durant l'échange de télémedecine grâce à un dossier informatisé qui répond aux exigences de sécurité afin de garantir le respect de votre vie privée.

L'équipe soignante aura la possibilité d'accéder directement aux indications et/ou prescriptions que le spécialiste aura formulées. Cela permettra ainsi de mettre à jour votre dossier de soins avec la plus grande précision pour un meilleur accompagnement.

Ces deux procédés nécessitent une sollicitation de la part de votre médecin traitant ou alors son autorisation pour chaque demande d'avis spécialisé par télémedecine. Votre médecin traitant sera toujours informé des conclusions retenues au cours de l'échange.

Les données à caractère personnel ainsi traitées sont réservées à l'équipe de soins en charge de votre suivi, aux médecins et professionnels de santé ainsi qu'aux équipes de la plateforme accréditée.

Ces données ne feront l'objet d'aucune exploitation commerciale et ne seront ni cédées, ni utilisées à d'autres fins.

Vous êtes informé que dans l'hypothèse où vous ne donnez pas votre consentement à l'acte de télémedecine géré par une plateforme accréditée, vous serez alors suivi dans le cadre habituel de prise en charge.

Conformément au Règlement Général Européen relatif à la protection des données (RGPD art 13, 15, 16, 21, 18, 17), vous disposez d'un droit d'information, d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant et faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de ce projet, ainsi que d'un droit d'opposition au traitement de ces données, d'un droit à la limitation du traitement et d'un

ANNEXE 12 (page 2/2)

droit à l'effacement. L'exercice de ces droits est subordonné à l'envoi, en parallèle de votre demande d'un justificatif d'identité auprès de l'EHPAD.

Vous disposez également d'un droit de réclamation auprès de l'autorité de contrôle en France, à savoir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous êtes informé que les données de santé à caractère personnel vous concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la télémédecine sont hébergées par un prestataire habilité HDS (Hébergeur de Données de Santé).

Le coût d'une téléconsultation ou d'une téléexpertise n'est en aucun cas supérieur aux tarifs d'une consultation en présentiel chez un spécialiste.

La téléconsultation sera prise en charge comme une consultation classique : 70% remboursés par l'Assurance Maladie et 30% remboursés par la complémentaire (prise en charge à 100% pour les soins concernant les affections longue durée).

La téléexpertise ne vous sera pas facturée mais fera l'objet d'une facturation directement entre l'Assurance Maladie et les médecins qui y recourent (médecin traitant et médecin spécialiste).

Les actes de télémédecine et l'hébergement de vos données de santé font l'objet d'un **encadrement législatif et réglementaire** très strict et ne peuvent avoir lieu qu'avec votre **consentement** ou celui de votre représentant légal.

Si votre état de santé ne vous le permet pas, la personne de confiance que vous aurez éventuellement désignée, un proche ou, le cas échéant, votre responsable légal, pourra également donner son accord, sauf opposition de votre part.

Avant le recueil de votre consentement, vous serez informé sur l'acte et le procédé de télémédecine retenu selon votre situation et vous aurez le libre choix du médecin spécialiste qui s'occupera de vous à distance.

Il vous sera aussi expliqué la différence avec une prise en charge dite « classique », ainsi que les bénéfices et les limites propres au type d'acte retenu. Vous pouvez refuser l'acte de télémédecine, il vous sera alors proposé des modalités alternatives (consultation extérieure avec un spécialiste par exemple) et leurs impacts éventuels (délais d'obtention du rendez-vous, risques liés au déplacement...). N'hésitez pas à demander davantage d'explications auprès de l'équipe soignante.

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LE RECOURS AU SERVICE TELEMEDECINE PASTEL

Dans le cadre de la télémédecine, les détails concernant l'acte de télémédecine vous ont été communiqués par oral par l'équipe soignante et vous ont été remis par écrit dans un document d'information spécifique.

Après avoir lu ce document, et posé toutes les questions utiles, si vous acceptez cette prise en charge, veuillez compléter le formulaire de consentement ci-dessous.

Vous pourrez retirer votre consentement à tout moment, sur demande écrite adressée à la direction de l'EHPAD.

En signant ce consentement, j'ai été clairement informé(e) :

- Du but et des modalités de cette prise en charge, qui m'ont été pleinement expliqués ;
- De la finalité du traitement des données ainsi que des destinataires de ces données. J'ai bien noté l'ensemble de mes droits prévus par le RGPD ;
- Que les données resteront confidentielles et ne pourront être consultées que par les personnes autorisées soumises au secret professionnel ;
- Que je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

☐ Résident ☐ Personne de confiance ☐ Représentant légal - Né(e) le : ... / ... /

Au vu des informations orales et du document d'information délivrés consens expressément :

- ☐ A être pris en charge par télémédecine ;
- ☐ Au traitement de mes données, notamment la collecte et l'hébergement par un hébergeur de données de santé certifié ;
- ☐ A l'utilisation des données résultant de ma prise en charge pour l'évaluation ou l'analyse des pratiques ou activités de soins et de prévention.

Fait à :

Le : ... / ... /

Signature :



LOCATION, ACHAT DE DISPOSITIFS MÉDICAUX ET SOINS

- L'EHPAD la Vallée du Lauquet (Saint Hilaire) est en Tarif Partiel sans PUI
- L'EHPAD Madeleine Brès est en Tarif Global Soins avec PUI
- L'EHPAD André Chénier est en Tarif Global Soins avec PUI
- L'EHPAD Al Niu del Roc est en Tarif Partiel sans PUI
- L'EHPAD Fondation Gaudissard est en Tarif Global Soins sans PUI

Pharmacie à usage intérieur (PUI)

Je soussigné(e) _____

☐ Résident(e)

☐ Représentant légal en qualité de _____

Déclare, au jour de l'entrée à l'EHPAD, le ... / /

- Ne pas avoir de matériel en location à domicile, au bénéfice de Madame/Monsieur (nom et prénom du résident) : _____

- Avoir mis fin, le cas échéant, aux prestations de soins infirmiers à domicile pour la période du séjour dans l'EHPAD.

- Je suis informé(e) que l'établissement bénéficiaire d'un Tarif Global Soins, versé par l'assurance maladie, assure dans le cadre du séjour du résident la fourniture des dispositifs médicaux et les soins à la personne.

- Dans ce cadre, je m'engage durant toute la période du séjour, à ne pas réaliser d'achat ou de location de dispositifs médicaux relevant de ceux fournis par l'EHPAD et à ne pas faire appel à des professionnels paramédicaux aides-soignants ou infirmiers, extérieurs à la structure.

- De même, je m'engage à transmettre toutes prescriptions médicamenteuses au médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Fait à, le / /

Nom –Prénom :

Signature précédée de la mention «lu et approuvé ».



INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE (IPA)

Un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) assure, en collaboration avec le médecin, le suivi de patients qui résident de manière permanente au sein de l'EHPAD.

Les résidents ne présentant pas un état de santé chronique et stabilisé sont de ce suivi

Les patients hébergés en accueil de jour, sont exclus de cette collaboration.

Le suivi en pratique avancée se décline au travers de consultations présentesielles avec l'IPA.

Ces dernières sont organisées de manière régulière, environ tous les 3 à 4 mois. Selon l'état de santé des résidents, cette organisation pourra être modifiée, à la suite d'une concertation entre le médecin et l'IPA. Ce suivi est initié après recueil du consentement du résident. Dans le cas où le résident n'est pas en capacité de donner son consentement libre et éclairé, le suivi peut être initié après un délai d'un mois suivant l'admission, sauf si le représentant légal ou référent familial s'oppose au suivi par le binôme médecin-IPA.

Je soussigné..... déclare avoir pris connaissance des missions de l'infirmier en pratique avancée au sein de l'EHPAD

☐ J'accepte

☐ Je refuse

Que l'Infirmier en Pratique Avancée, assure ma prise en charge ainsi que le suivi médical, de ma (mes) pathologie(s) chronique(s) stabilisée(s)

Date

Nom

Prénom

Qualité

Signature



MESURES INDIVIDUELLES PERMETTANT D'ASSURER L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET LA SÉCURITÉ DU RÉSIDENT ET DE SOUTENIR L'EXERCICE DE SA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR

A compléter dans le cas d'une admission directe en unité sécurisée ou au moment d'un transfert du secteur ouvert vers un secteur protégé.

Entre :

Le groupe hospitalier Limoux-Quillan, Espéraza

Désigné ci-après " l'établissement " ,

Et :

Monsieur/Madame , résident de l'EHPAD

Désigné ci-après " le résident " ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 311-4 et L. 311-4-1,

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Le législateur énonce les modalités de mise en œuvre concrète de la liberté d'aller et venir au regard notamment des nécessités liées au respect de l'intégrité physique et de la sécurité de la personne. L'annexe au contrat de séjour mentionnée à l'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles est un document à portée individuelle mis en œuvre seulement si la situation du résident le requiert. Elle a pour objectif d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins individuels du résident en matière de soutien de sa liberté d'aller et venir dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité. Comme le précise le législateur, les mesures envisagées ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus.

Cette annexe au contrat de séjour est le fruit du travail pluridisciplinaire de l'équipe médico-sociale de l'établissement, qui s'appuie sur les données de l'examen médical du résident, dans le respect du secret médical, pour identifier les besoins du résident.

S'il le souhaite, le résident et, le cas échéant, la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique ou, après accord du résident, sa personne de confiance, peut demander, préalablement à la signature de l'annexe, à être reçu par le médecin coordonnateur ou à défaut, par une personne de l'équipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation pluridisciplinaire ou par le médecin traitant, pour bénéficier d'explications complémentaires, notamment d'ordre médical, sur les mesures envisagées.

L'annexe est signée lors d'un entretien entre le résident et, le cas échéant, de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou en présence de sa personne de confiance, et le directeur d'établissement ou son représentant.

Article 1er Objet

La présente annexe définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires que le médecin coordonnateur propose au directeur de l'établissement pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir au sein de la structure. Ces mesures sont élaborées par le médecin coordonnateur, ou à défaut le médecin traitant, et l'équipe médico-sociale de l'établissement en fonction des besoins identifiés à la suite de l'examen médical du résident et après analyse des risques et des bénéfices de ces mesures. Ces mesures sont élaborées conformément au cadre constitutionnel et légal rappelé en préambule. La présente annexe prévoit également les modalités relatives à sa durée, à sa révision et à son évaluation.

Article 2 Equipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation du résident

L'examen médical du résident est intervenu le.....

Il a été réalisé

- ☐ Par le médecin coordonnateur de l'établissement
- ☐ Par le médecin traitant du résident
- ☐ Par le psychogériatre

L'équipe médico-sociale de l'établissement s'est réunie le afin d'évaluer, avec le médecin ayant procédé à l'examen du résident, les bénéfices et risques des mesures envisagées.

Participaient à cette évaluation les personnes suivantes :

Prénom..... Nom Fonction.....
 Prénom..... Nom Fonction.....
 Prénom..... Nom Fonction.....
 Prénom..... Nom Fonction.....

Le projet d'annexe au contrat de séjour a été remis par

 en sa qualité deau résident, à son représentant légal ou le cas échéant, à sa
 personne de confiance le ... / ... /
 Le résident a émis les observations suivantes :

Article 3 Mesures particulières prises par l'établissement

L'établissement porte une attention particulière à la promotion de la liberté d'aller et venir du résident, quel que soit son état de santé, dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité.

Toutes les réponses apportées par l'établissement sont préventives.

Dans ce cadre, l'établissement est tenu de rechercher, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur, le consentement du résident pour la mise en œuvre de mesures visant à assurer son intégrité physique et sa sécurité dès lors qu'elles sont strictement nécessaires et proportionnées aux risques encourus.

Les mesures individuelles et applicables à la situation particulière du résident prises par l'établissement sont retracées dans le tableau ci-dessous, dans lequel le résident exprime son acceptation.

Tableau à compléter sur la base de l'évaluation pluridisciplinaire du résident

MESURES PROPOSÉES	ACCORD		OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES
	OUI	NON	

Article 4 Durée de l'annexe

La présente annexe est conclue pour une durée de

Elle peut être révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les six mois.

Article 5 Evaluation de l'adaptation des mesures individuelles mentionnées dans l'annexe au contrat de séjour

L'établissement s'engage à procéder à une évaluation continue de l'adaptation des mesures individuelles prévues dans la présente annexe. Si l'établissement constate que les mesures prévues n'ont pas été mises en œuvre ou ne l'ont pas été d'une manière à satisfaire l'objectif qui lui était assigné, il s'engage à mettre en place toute action visant à pallier ces manquements.

Article 6 Modalités de révision de l'annexe

Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, à la demande écrite du résident ou de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article [L. 311-5-1](#) du code de l'action sociale et des familles.

Il peut également faire l'objet d'une révision à l'initiative du directeur de l'établissement, du médecin coordonnateur ou du médecin traitant en l'absence du médecin coordonnateur.

Fait le / / A

Le/la résident(e) M/Mme.....
Signature

Le Directeur,
Signature

☐ Le représentant légal (tuteur) ☐ Personne de confiance M/Mme.....
Signature

Le médecin coordonnateur,
Signature

Conformément au I de l'article 5 du décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016, ces dispositions s'appliquent pour les contrats de séjour conclus dans les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 de l'action sociale et des familles, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1 du même code, à compter du 1er avril 2017.

Conformément au II du même article, les contrats de séjour conclus antérieurement au 1er avril 2017 sont complétés, le cas échéant, par l'annexe mentionnée à l'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles au plus tard au 28 juin 2017.



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CRÉANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CRÉANCIER).

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

FR.08222561884

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : Centre Hospitalier

Adresse : Limoux Quillan

Code postal : 17 Rue Madeleine BRES

Ville : 11300 Limoux

Pays : FRANCE

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

I B A N

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE

()

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y

Signé à :

Le

Signature :

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par (NOM DU CRÉANCIER). En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec (NOM DU CRÉANCIER).

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

**ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE**

Articles 2011 à 2043 du Code Civil

Document à établir en deux originaux

Etablissement : EHPAD

Nom et prénom du résident :

Caution signataire du présent engagement :

Nom et Prénom :

Adresse :

Date de signature du contrat de séjour : ... / ... /

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de :
(inscrire la somme en toutes lettres) : €.

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental.

Après avoir pris connaissance du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résident pour le paiement :

- Des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental ;
- Des charges récupérables et réparations éventuelles.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour, elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

ANNEXE 17 (page 2/2)

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main (sur les deux originaux la mention ci-dessous :

« Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division pour les obligations nées au cours de l'exécution du contrat de séjour et résultant de ce contrat de séjour et du règlement de fonctionnement dont j'ai reçu deux exemplaires :

- Pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé, je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,
- Pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne âgée si cette dernière ne peut bénéficier de l'APA,
- Pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles et ses suites ».

Mention manuscrite :

Fait à

Le : ... / ... /

La caution,

Signature précédée de la mention manuscrite
« lu et approuvé, pour caution solidaire »

Le représentant de l'établissement,

Signature précédée de la mention manuscrite
« lu et approuvé, bon pour acceptation »



ENGAGEMENT A PAYER

Article L.312-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Concernant l'hébergement de

☐ M. ☐ Mme (Nom de naissance et prénom)

Né(e) le : ... / ... /

Je soussigné(e), Nom : Prénom

Obligé alimentaire, avec le degré de parenté :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Mail :

Je reconnais avoir été informé(e) :

- Des prix de journée en vigueur pratiqués dans la structure d'hébergement et de leur fixation et évolutions ;
- De mon obligation alimentaire cf l'article R 132-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles et les articles 205, 206, 207 et 212 du Code Civil ;
- De mon engagement en tant qu'obligé alimentaire de la personne citée ci-dessus à assurer le règlement des frais de séjour à la Trésorerie de Carcassonne si toutefois ses ressources ne lui permettraient pas de prendre seul(e) en charge son hébergement ;
- De la possibilité de solliciter le Conseil Départemental pour une demande d'aide sociale à l'hébergement en cas d'insuffisance de ses ressources.

Fait à :

Le ... / ... /

Signature précédée de la mention : « *lu et approuvé, bon pour engagement de payer par jour la somme de* € ».

Code de l'Action Sociale et des Familles :

Pour l'application de [l'article L. 132-6](#), le postulant fournit, au moment du dépôt de sa demande, la liste nominative des personnes tenues envers lui à l'obligation alimentaire définie par les [articles 205 à 211](#) du code civil, lorsqu'il sollicite l'attribution d'une prestation accordée en tenant compte de la participation de ses obligés alimentaires.

Ces personnes sont invitées à fixer leur participation éventuelle aux dépenses susceptibles d'être engagées en faveur du postulant ou à l'entretien de ce dernier.

La décision prononcée dans les conditions prévues par [l'article L. 131-2](#) est notifiée à l'intéressé et, le cas échéant, aux personnes tenues à l'obligation alimentaire en avisant ces dernières qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le service d'aide sociale et non couverte par la participation financière du bénéficiaire. A défaut d'entente entre elles ou avec l'intéressé, le montant des obligations alimentaires respectives est fixé par l'autorité judiciaire de la résidence du bénéficiaire de l'aide sociale.

Code Civil :

Article 205 : Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin.

Article 206 : Les gendres et belles-filles doivent également, et dans les mêmes circonstances, des aliments à leur beau-père et belle-mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de son union avec l'autre époux sont décédés.

Article 207 : Les obligations résultant de ces dispositions sont réciproques.

Néanmoins, quand le créancier aura lui-même manqué gravement à ses obligations envers le débiteur, le juge pourra décharger celui-ci de tout ou partie de la dette alimentaire.

Article 212 : Les époux se doivent mutuellement respect, fidélité, secours, assistance.

**LISTE DES OBLIGES ALIMENTAIRES**

NOM – PRENOM	Degré de parenté	ADRESSE COMPLETE	TELEPHONE FIXE / MOBILE



ABSENCE POUR CONVENANCE PERSONNELLE supérieure à 72h

Nom, prénom du résident.....

.....

Date de l'absence :

Du (jour).....

.....

Au

.....

Durée de l'absence.....

Départ accompagné

☐ OUI

☐ NON

Si réponse OUI : avec qui (nom et prénom, lien de parenté)

.....

.....

Heure prévisionnelle de retour dans l'établissement

.....

Signature

Ce document doit être remis 48 heures avant la date prévisible d'absence à l'infirmier (ère), cadre de santé ou à défaut à la direction. A défaut, l'établissement mettra en œuvre une recherche de la personne dès qu'il se sera rendu compte de l'absence du résident.

Par les modalités concernant les frais de séjour dans ce cas sont détaillés dans l'article 15-2 du contrat de séjour.

- Copie du document à transmettre au bureau des entrées



DECES : Choix du prestataire funéraire

Etiquette
Patient/résident

Madame, Monsieur,

Je vous informe qu'au regard des dispositions relatives aux opérations funéraires, l'établissement ne dispose pas d'une chambre mortuaire (code général des collectivités territoriales art. R. 2223-90).

En cas de décès, une fois le certificat signé par un médecin, il convient de préciser

☞ Votre choix du prestataire pour le transport du corps :

Le transport du corps vers une chambre funéraire doit intervenir dans un délai de 48 heures. Il est donc demandé de me faire connaître votre choix pour :

- L'entreprise funéraire (après confirmation des disponibilités de l'opérateur) :
- Nom :
- Adresse :
- L'entreprise de transport de corps (si différente de l'entreprise funéraire) :
- Nom :
- Adresse :

Adresse du dépôt du corps :

.....

Adresse de la chambre funéraire :

.....

☞ si vous êtes injoignable(s) :

Le corps ne pourra rester en chambre au-delà d'un délai maximum de 10 heures après lequel il sera transporté, selon l'établissement, au sein du dépositaire funéraire (durée limitée) ou d'une chambre funéraire.

Le Directeur.

Nom et lien de parenté :

.....
.....

Signature :

**ACCUSE DE RECEPTION DU CONTRAT DE SEJOUR**

Je soussigné(e), M....., résident(e)

et/ou M....., représentant légal

Si le résident bénéficie d'une mesure de protection prévue par la loi, les signataires du présent contrat attestent qu'il a bien participé à l'élaboration du présent contrat et qu'il a pu donner son consentement dans le respect de ses potentialités.

Déclare(nt) avoir pris connaissance du « contrat de séjour » et en accepte(nt) l'ensemble des dispositions.

Fait à, le / /

Signature du/de la résident(e) et/ou de son représentant légal :

M/Mme

ANNEXE 23

 	Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS	Référence : DIP / Sexualité PA / V1-2025
Rédigé par : G. ALINS		
Validé par le Directeur Jean BRIZON, le 8.10.2025		Signature(s) 
Références documentaires : - L'OMS a défini le droit à la santé sexuelle pour toute personne quel que soit son âge, son état de santé, son handicap éventuel, son lieu de vie Concernant les personnes âgées la formulation utilisée est « Vie affective et sexuelle » La définition de l'OMS en 2002 mais l'accent sur une approche positive de la sexualité - Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS – HAS 31 MAI 2022 - Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS Volet 1 – Socle transversal – Les 10 points clés Validée le 14 janvier 2025		
Repères juridiques et éthiques La sexualité est appréhendée avant tout comme une composante de la liberté individuelle et du respect de la vie privée par la jurisprudence et par le droit Concernant les personnes âgées, l'absence d'activité sexuelle ne signifie pas que la sexualité est inexistante.		
Les publics concernés Les résidents, les professionnels de l'EHPAD, les proches et les familles		
Le contexte de l'EHPAD Les institutions apparaissent comme des lieux paradoxaux, avec une confusion des espaces privés et publics ; où se côtoient à la fois la volonté de protéger les espaces personnels et la nécessité de les enfreindre quotidiennement pour la réalisation de gestes techniques de soin. Par ailleurs, il apparaît que les soignants intervenant en ESSMS, sont particulièrement démunis par rapport à ce sujet Souvent appréhendée sous l'angle des risques, la vie affective et sexuelle est encore aujourd'hui un sujet tabou pour certains professionnels ou institutions. Ainsi, fréquemment, l'intervention institutionnelle ou professionnelle se traduit par des interdictions visant à réguler l'expression de la sexualité dans le collectif.		
Les enjeux : Des actions s'inscrivant dans une approche positive et globale - Une démarche portée institutionnellement - Inscrite dans la durée - Reposant sur une réflexion éthique - Interrogeant les représentations personnelles des différents acteurs en matière de sexualité - Incluant un dialogue avec l'entourage familial		

Des pratiques d'accompagnement à la vie affective et sexuelle qui couvrent un large spectre de besoins et d'attentes :

Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS : Les 10 points que souhaite développer l'établissement

1. La vie intime, affective et sexuelle constitue une liberté fondamentale et une dimension essentielle du bien-être des personnes accompagnées par les ESSMS.
2. L'établissement considère que l'accompagnement de la vie intime, affective et sexuelle doit être adapté aux singularités des personnes, et au respect de la vie privée. La vie intime, affective et sexuelle est abordée dans le projet personnalisé, tout en respectant le souhait de la personne de ne pas en discuter si tel est le cas.
3. Il considère important de questionner les représentations individuelles et collectives des professionnels et des personnes accompagnées concernant la vie intime, affective et sexuelle. Cela implique la mise en place de temps d'échanges, de réflexion ou de formation pour promouvoir une approche positive et lutter contre les représentations négatives.
4. L'établissement souhaite promouvoir une approche positive de la vie intime, affective et sexuelle est encouragée.
5. La Thématique de la Vie Intime, Affective et Sexuelle (VIAX) est inscrite dans les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, etc.) pour légitimer et pérenniser sa prise en compte et son accompagnement.
6. La participation aux formations et la sensibilisation de tous les acteurs (professionnels, personnes accompagnées, proches) sont fortement encouragées. Elles abordent divers aspects de la vie intime, affective et sexuelle.
7. L'établissement a la volonté de mettre en place des moyens pour respecter l'intimité et la vie privée : aménager ou créer des espaces appropriés dédiés à l'intimité : chambres seules Le respect de la confidentialité des informations personnelles est également primordial.
8. L'information et l'éducation concernant la vie intime, affective et sexuelle doivent être accessibles et adaptées aux personnes accompagnées.
9. Le consentement et le non-consentement étant des processus complexes et évolutifs, l'EHPAD souhaite sensibiliser les professionnels à la nécessité de constamment interroger et réinterroger ces consentements ou non consentements.
10. Des procédures institutionnelles claires et connues de tous doivent permettre de prévenir, identifier et répondre aux violences sexistes et sexuelles Ce volet doit être inclus dans la formation des professionnels.

ANNEXE 24

Etablissement 	PROCÉDURE DE PREVENTION DU PROSELYTISME	Référence : QPR/GR/V1-2025 DIP/AUM/BENEV/V1-2025
Rédigé par : Service Qualité Approuvé par : La Directrice des soins, Ginette ALINS, le <u>4.12.2025</u> Validé par : Le Directeur, Jean BRIZON, le <u>4.12.2025</u>		Signature(s) :  
Objectif : Prévenir toute forme de prosélytisme religieux, politique ou idéologique susceptible de porter atteinte à la liberté de conscience des patients/résidents, à la neutralité du service public et à la qualité de l'accompagnement		
Définition du prosélytisme : Toute action visant à influencer ou convertir autrui à une croyance ou idéologie, par des discours, des gestes, des objets ou des pratiques répétées ou insistantes.		
Comportements prosélytes interdits : • Port de signes religieux ostensibles pendant le service • Discours récurrents à caractère religieux ou politique • Distribution de documents à caractère religieux ou idéologique • Tentatives de convaincre un patient ou collègue d'adhérer à une croyance • Refus de soins ou d'actes professionnels pour motifs religieux • Tentatives d'isolement ou de regroupement communautaire • Pressions morales ou affectives sur des personnes vulnérables		
Mesures préventives : • Affichage de la Charte de la laïcité dans les lieux communs • Désignation d'un référént laïcité, le Directeur adjoint chargé des ressources humaines • Sensibiliser le personnel à la neutralité professionnelle et à la laïcité (formation...) • Encadrer les interventions extérieures (animations, cultes, bénévolat) par des conventions intégrant le risque de prosélytisme • Intégrer le risque de prosélytisme dans le projet personnalisé du résident • Informer les familles et les résidents sur leurs droits et limites		
Procédure de signalement : Tout agent doit signaler un comportement prosélyte : • À son cadre de service ou supérieur hiérarchique • Au service qualité via le formulaire FEI (Fiche d'Événement Indésirable) • Directement au référént laïcité • Un rapport circonstancié est rédigé et conservé • Une analyse pluridisciplinaire est menée pour évaluer la gravité et les suites à donner		
Traitement : • Analyse du signalement par la Direction et le Service Qualité • Entretien avec les personnes concernées • Rappel du cadre réglementaire et des obligations professionnelles • Transmission sur la plateforme de signalement à l'ARS selon la gravité		
Mesures correctives : • Rappel du cadre réglementaire aux équipes • Accompagnement du résident si impact psychologique ou social • Mise à jour du projet personnalisé et du plan de prévention		
Suivi et évaluation : • Intégration dans les audits internes et les évaluations qualité • Utiliser des outils comme la grille AGGIR ou les référentiels HAS pour évaluer les vulnérabilités • Réaliser des formations annuelles sur les risques éthiques et la radicalisation • Rapport annuel des signalements liés à la laïcité • Révision de la procédure en lien avec les retours d'expérience		



CHARTRE DE LA BIENTRAITANCE

Les professionnels du centre hospitalier de Limoux-Quillan, avec les représentants des usagers ont mené une réflexion sur la bientraitance qui a abouti à l'élaboration de la charte suivante :

Les professionnels

1 – Respectent la personne

- Vouvoient la personne, l'appellent par son nom
- Ne portent pas de jugement de valeur
- Respectent les règles de politesse

2 – Développent un savoir-être

- Se présentent par leur nom et leur fonction
- Adoptent une posture de proximité : ont des gestes doux, un ton adapté, une attitude posée
- Sont rassurants

3 – Se rendent disponible pour la personne

- Répondent aux demandes (sonnettes...) le plus rapidement possible, sinon annoncent un délai et le respectent

4 – Informent la personne

- Expliquent tout soin ou prise en charge avant et pendant sa réalisation
- Recherchent et favorisent l'adhésion de la personne aux soins

5 – Développent la communication verbale et non verbale avec la personne

- Etablissent une relation soignant/soigné équilibrée
- Créent un climat de confiance et de convivialité
- Sont à l'écoute de la personne : entendent et comprennent les demandes

6 – Préservent l'intimité de la personne

- Préservent la pudeur : frappent systématiquement à la porte avant d'entrer dans une chambre, ferment la porte, tirent les rideaux de séparation dans les chambres à deux lits lors des soins, signalent leur présence
- Ne banalisent pas la nudité

7 – Individualisent la prise en charge de la personne

- Identifient les ressources de la personne
- Favorisent l'autonomie de la personne : font avec et ne font pas à la place, n'infantilisent pas

8 – Assurent le confort et la sécurité de la personne

- Recueillent et repèrent les besoins de la personne et les prennent en charge (douleur, escarres, nutrition...)
- Assurent la sécurité de la personne (appel malade, hygiène des mains...)
- Assurent un environnement propre et agréable (visuel, olfactif, auditif...)
- Réalisent l'hygiène de la personne à tout moment de la journée

9 – Considèrent la famille comme un partenaire

- Informent la famille de la prise en charge
- Associent la famille au projet de prise en charge

10 – Maintiennent le lien social

- Créent des moments de convivialité, de partage et d'échanges (animation, activités, marche...)

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng

Fondation Nationale de Gériatrie
49, rue Mirabeau - 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 00 - www.fng.fr

Version révisée 2007



	CHARTRE DU RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE, DE LA DIGNITE ET DE L'INTIMITE DU PATIENT/RESIDENT	Référence : DIP/INF/CONF/V1- 2025
Rédigé par : Service Qualité Approuvé par : La Directrice des soins Ginette ALINS, le 11.12.2025 Validé par : Le Directeur, Jean BRIZON, le 14.12.2025	Signature(s) : 	

L'ensemble des personnels et professionnels de santé intervenant dans les Etablissement du CH Limoux -Quillan -Gaudissard s'engage à respecter les termes de cette Charte dont l'un des objectifs est de répondre à l'article 9 de la charte de la personne hospitalisée : « Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui le concernent »

«En règle générale

- Veiller, en toutes circonstances, au respect de l'intimité du patient/résident
- Respecter la dignité du patient/résident, en particulier dans le dialogue soignant-soigné (pas de tutoiement, pas de familiarité, ni d'infantilisation)
- Transporter les dossiers des patients dans le respect des règles de confidentialité établies
- Respecter, dans la mesure du possible, les cultures, croyances et pratiques religieuses du patient/résident
- Ne pas prononcer le nom d'un patient/résident devant un autre patient /résident ou dans les locaux publics de l'établissement
- Ne pas donner le motif d'hospitalisation, ni d'information sur l'état de santé d'un patient/résident à des personnes non habilitées
- Faire respecter les horaires de visite pour favoriser le repos des patients/résidents, ainsi que les soins et l'organisation du service
- Eliminer les documents nominatifs concernant les patients/résidents selon les règles établies
- Respecter la volonté du patient/résident en cas de demande de non divulgation de présence
- Respecter la procédure interne pour toute demande d'accès aux informations d'un dossier patient

«A l'accueil, aux admissions et secrétariats médicaux

- Faire respecter la limite de confidentialité
- Accueillir individuellement les patients/résidents
- Dispenser discrètement les informations nécessaires aux patients/résidents et visiteurs
- Ne pas exposer de documents nominatifs sur les bureaux à la vue du public
- En l'absence de l'agent d'accueil ou de la secrétaire, ne pas laisser apparaître sur l'écran de l'ordinateur des informations nominatives relatives aux patients/résidents
- Procéder de manière confidentielle au questionnement du patient/résident pour la constitution du dossier administratif

«Dans tous les secteurs de soins et tout au long de la prise en charge

- Dans les chambres en règle générale :
-frapper avant d'entrer
-indiquer le déroulement de soins en actionnant la présence ou la mise en place d'une signalisation sur la porte
-fermer les portes, excepté pour raison médicale
-ne laisser aucun document nominatif
-demander aux visiteurs de sortir lors des soins
- Dans les chambres doubles en particulier :
-s'adresser au patient/résident discrètement
-établir le recueil de données du patient/résident en faisant preuve de discrétion
-lors de soins dispensés à un patient/résident mettre en place le matériel adapté afin de préserver son intimité
- Ne pas pratiquer de soins ni de visites dans les couloirs
- Recevoir les familles dans un local approprié et non dans un endroit public
- Interdire l'accès des salles de soins aux patients/résidents et à toute personne non autorisée
- Maintenir les portes des salles de soins fermées hors présence des personnels
- Dans les couloirs, en l'absence des personnels utilisateurs, réduire la fenêtre du Dossier Informatisé du patient ou de tout autre logiciel contenant des données médicales et/ou personnelles relatives au patient/résident.
- Respecter le secret professionnel concernant le dossier patient et les informations médicales qui y sont contenues (aucune information n'est transmise par téléphone)